



Innst. 196 S

(2015–2016)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:17 S (2015–2016)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Iselin Nybø, Ola Elvestuen og André N. Skjelstad om et drømmeløft for akutt- medisin, psykiatri og regional helseinnovasjon 2017–2021

Til Stortinget

Sammendrag

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et tidsavgrenset politisk prosjektansvar i perioden 2017–2021 for å utvikle mer samlokalisering av lokale helsetilbud, styrke akuttmedisin og akuttpsykiatri lokalt, bistå i utvikling av legevaktene, implementere velferdsteknologi, innovere mer i primærhelsetjenesten, drive fram flere kliniske studier lokalt og være samhandlingsaktør særlig for ideelle/private helsetilbydere regionalt.
2. Stortinget ber regjeringen om årlig å stille til disposisjon en samlet investeringsramme på 1 mrd. kroner for perioden 2017–2021 som fylkene/regionene får ansvar for å fordele til interkommunale legevaktprosjekter, helsehus, alarmsentraler m.m. basert på lokale søknader. De beste prosjektene vinner, uansett fylke/region.
3. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et større ansvar for innovasjon i helse knyttet til ideelle aktører og frivillige organisasjoner for å imøtekomme endringer i anskaffelsesregelverket fra 2016.
4. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et særlig ansvar for å utvikle modeller for regionalt offentlig-privat og offentlig-frivillig samarbeid (OPS/OFS) innen rehabilitering og habilitering – og delegere et avgrenset økonomisk ansvar for å inngå behandlingsavtaler.
5. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene ansvar for forsøk knyttet til formidling og forvaltning av hjelpemidler, hvor hjelpemidler i offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner implementeres og hvor formidlingsmodeller prøves ut. Målet må være færre hjelpemidler på lager og i garasjer – og flere i bruk.
6. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene ansvar for forsøk med å prøve ut utlånsordninger for velferdsteknologi og medisinskteknisk utstyr til kommuner.
7. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et særlig ansvar for å utvikle nye fagskoletilbud i velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering i praksisnære løp med kommunene og særlig rettet mot å virke i hjemmebaserte tjenester. Utdanning og praksis fra helsefaglig yrkesutdanning som helsefagarbeider, helsesekretær, fotpleier, tannpleier og aktivitør er særlig relevant bakgrunn.
8. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et særlig ansvar for å etablere kompetanse som gjør at kommunene, interkommunale selskaper (IKS), lokale helseklynger og lokale/ideelle aktører knyttet til helse og velferd bedre settes i stand til å nyttiggjøre seg virkemiddelapparatet (virkemidler for regional FoU og innovasjon (VRI), InnoMed, klyngene, regionale forskningsfond (RFF) og offentlige og industrielle forsknings- og utviklingskontrakter (OFU/IFU)).
9. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et særlig ansvar for å sørge for anskaffelser av pilotmodeller for tjenesteutvikling fra sosiale entreprenører, hvor målet er at det offentlige skal få til-

gang til og dernest kjøpe og implementere de beste modellene.

10. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et særlig ansvar for å utvikle mobile helsetilbud rettet mot ungdom, slik som blant annet Nordland fylkeskommune har utviklet den nasjonale og autoriserte tjenesten Klara Klok.»

Forslagsstillerne viser til at norske helsetjenester er blant de beste i verden, målt både i overlevelse, levealder, ressursinnsats og geografisk fordeling. Men Norge står foran store utfordringer knyttet til en økende spesialisering, ny og persontilpasset medisinering, ny medisinsk teknologi, ny bioteknologi, ny sensortechnologi, digitalisering og ikke minst en aldrende befolkning som i mindre grad enn unge er mobile – de må i hovedsak få tjenester nært der de bor. Dette vil være utfordrende både når det gjelder prioriteringer, investeringer og organisering fram mot 2040.

Forslagsstillerne mener at for framtidens utfordringer er det viktig å styrke primærhelsetjenesten lokalt og tenke helhet i de tjenestene som utvikles. Dette er selve fundamentet for å bygge robusthet med hensyn til å håndtere de akutte situasjonene.

Videre påpeker forslagsstillerne at det mest akutte i norsk helsesektor ikke er hvilke 4–5 lokalsykehus som står i fare for å miste akuttkirurgi, men hvordan samfunnet skal organisere akuttmedisin og psykiatri i en kommunestruktur som stammer fra en tid det knapt fantes sykebiler.

De neste fem årene i norsk helsesektor er de viktigste de neste femti årene, og forslagsstillerne viser til at det er nå landet har tid og penger til å organisere seg for å møte framtida. Helsesektoren blir mer spesialisert, ja, men også mer allmenn. Norge trenger allmennmedisin og akuttmedisin i kombinasjon med ny teknologi, bedre organisering og at noen får et ansvar. Særlig for det viktige «venterommet» – det som i dag hverken kommuner eller sykehusene helt tar ansvar for og som de neste årene skal håndtere en stadig større andel eldre i distriktene.

For å få fart på strukturering av og investeringer i primærhelsetjenesten samt i akuttmedisin og psykiatri regionalt, styrke rekrutteringen til ulike helsetilbud lokalt og ta et politisk ansvar for standardisering og implementering av ny teknologi, vil forslagsstillerne gi fylkene/de nye regionene et politisk prosjektansvar i perioden 2017 til 2021.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Freddy de Ruiten, fra

Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønaas Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at forslagsstillerne i Dokument 8:17 S (2015–2016) løfter store utfordringer på helseområdet, blant annet knyttet til økende spesialisering, ny medisinsk teknologi, utviklingen innen bioteknologi, digitalisering og den demografiske utviklingen med flere eldre som tilsier flere med behov for helse- og omsorgstjenester i årene fremover.

Komiteen merker seg at forslagsstillerne ser behov for at fylkene/regionene får et tidsavgrenset politisk prosjektansvar i perioden 2017–2021 for å utvikle mer samlokalisering av lokale helsetilbud, styrke akuttmedisin og akuttpsykiatri lokalt, bistå i utvikling av legevaktene, implementere velferdsteknologi, innovere mer i primærhelsetjenesten, drive fram flere kliniske studier lokalt og være samhandlingsaktør særlig for ideelle/private helsetilbydere regionalt. Komiteen viser til at helsebudsjettet har økt betydelig de seneste år, og at veksten har vært særlig stor i spesialisthelsetjenesten (sykehusene). Foruten sykehusinvesteringer vises det til at det samlede beløpet for investeringene i kommunene og interkommunalt er langt mer beskjedent. Komiteen merker seg at forslagsstillerne ser behovet for sterkere insentiver lokalt – uavhengig av tjenesteorganisering. Det fordres bedre balanse i utviklingen av samlokaliserte tilbud i primærhelsetjenesten og prehospitalt tilbud, og ikke bare i nye, store sykehusbygg.

Komiteen merker seg at forslagsstillerne mener det mest akutte i norsk helsesektor er hvordan samfunnet skal organisere akuttmedisin og psykiatri; ikke hvilke 4–5 lokalsykehus som står i fare for å miste akuttkirurgi. Det fremholdes at legevaktene – førstelinja i akuttmedisinen – er preget av høy vikarbruk og importert arbeidskraft og trege digitaliserings- og moderniseringsprosesser. Komiteen påpeker behovet for allmennmedisin og akuttmedisin i kombinasjon med ny teknologi og god organisering.

Komiteen viser til at Norsk psykiatrisk forening (Npf) er usikre på om forslagene i seg selv tilsier et forpliktende løft for psykiatrien. Npf understreker viktigheten av at samhandlingsreformen evalueres før det innføres ytterligere tiltak og mener flere av de foreslåtte tiltakene må utredes og/eller begrunnes ytterligere. Samtidig påpeker de at forslag som å slå sammen distriktsmedisinske senter (DMS) og distriktspsykiatriske sentre (DPS) kan gagne pasienter innen psykiatrien, men at det vil kreve en tydelig

prioritering av ressurser og personell. Det argumenteres med det samme når det gjelder å samle legevakt og kommunale akutte døgnplasser. Norsk psykiatrisk forening fremholder viktigheten av å prioritere ressurser som sikrer at behandling av psykiske lidelser gjennomføres lenge nok og inkluderer alle nødvendige aktører.

Komiteen viser til at kvaliteten i norske helse- og omsorgstjenester i hovedsak er god. OECD-rapporten *Health at Glance 2015* viser at Norge gjør det bra på en rekke indikatorer sammenlignet med andre land. Men kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene varierer for mye, og mange opplever venting som ikke er medisinsk begrunnet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, er opptatt av å skape pasientens helsetjeneste ved å flytte makt fra systemet til pasienten. Å skape pasientens helsetjeneste handler om å sikre et godt møte med helse- og omsorgstjenestene, enten man er pasient, bruker eller pårørende. Flertallet mener det er en målsetting at pasienter og brukere i større grad enn i dag skal være aktivt deltakende i beslutninger om egen helse og behandling.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at lov om folkehelsearbeid slår fast fylkeskommunens plikt til å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer. Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, og være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap. Dette flertallet mener at fylkeskommunens folkehelseansvar er et svært viktig ansvar.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at fylkeskommunen i dag har ansvar for tannhelsetjenesten, men at regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre nå foreslår å overføre dette til kommunene. Dette medlem vil understreke at Senterpartiet mener at tannhelsetjenesten fortsatt må være en fylkeskommunal oppgave.

Dette medlem viser også til at Senterpartiet i Dokument 8:96 S (2014–2015) om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene, foreslår at fylkene skal få ansvar for drift av spesialisthelsetjenestene i sitt område, under fortsatt statlig eierskap.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener det er en utfordring at kommunene er ikke godt nok forberedt på økningen i antall eldre og personer med behov for pleie, omsorg og medisinsk hjelp. Flertallet viser til at Norsk Sykepleierforbund gjennom en rapport om samhandlingsreformens konsekvenser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har pekt på flere utfordringer. Økt kompleksitet og arbeidsmengde kom før kommunene var i stand til å bygge opp kompetanse og faglig infrastruktur. Det medførte at kommunene hele tiden var på etterskudd i å møte de økte kravene. Flertallet peker på at de kommunale helse- og omsorgstjenestene hadde for liten kompetanse til å imøtekomme de økte utfordringene og at dette skapte økt sårbarhet og svikt i kvalitetssikringen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen gjennom plan og reformarbeid er i gang med nytenkning i store deler av sektoren. Disse medlemmer viser til at regjeringen har lagt frem legemiddelmeldingen, folkehelsemeldingen, Nasjonal helse- og sykehusplan og meldingen om fremtidens primærhelsetjeneste. I den sistnevnte meldingen gis det en omtale av mange av de utfordringene forslagsstillerne også peker på.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Stortinget har gitt sin tilslutning til den første helhetlige stortingsmeldingen om de kommunale helsetjenestene som skal skape reell samhandling mellom helsepersonell i kommunene og sette kompetanse og kvalitet i høysetet. I primærhelsemeldingen foreslås det mer koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester der brukeren bor og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Dette er tiltak som er i tråd med tankegangen forslagsstillerne skisserer i representantforslaget.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet peker videre på at vi i dag har to nivåer som har ansvaret for å levere helsetjenester til befolkningen. Det er kommunen som skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. I tillegg har spesialisthelsetjenesten ansvar for å yte nødvendig helsehjelp til dem som har behov for mer spesialiserte tjenester. Disse medlemmer mener det vil være lite hensiktsmessig at det etableres et tredje nivå som skal få ansvar for å planlegge og organisere helsetjenesten, slik forslagsstillerne fore-

slår. Det vil føre til enda mer klarhet og mer kompliserte samarbeidsforhold.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at målet med kommunereformen er å flytte mer makt og myndighet nærmere innbyggerne. I dag bærer kommunene store deler av velferdssamfunnet på sine skuldre. Det vil ikke være mulig å løse fremtidens helseutfordringer med dagens kommunestruktur. Pasienter og innbyggere vil stille helt andre krav til sterke fagmiljø, spisskompetanse og bredde enn for noen tiår siden. Det handler blant annet om hjelp til sårbare barn, mennesker med rusproblemer og psykiske helseutfordringer og mennesker rammet av demens. Flertallet mener at morgendagens velferdskommuner bør bli større, og kommunereformen er helt avgjørende for at vi kan ha bærekraftige lokale helsetjenester i fremtiden. Større kommuner vil også redusere behovet for interkommunalt samarbeid.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at dagens kommunestruktur er hensiktsmessig for å kunne yte gode og nære helsetjenester til hele befolkningen. Dette medlem viser til at brukerundersøkelser viser at mindre kommuner i gjennomsnitt er bedre fornøyd med det kommunale helse- og omsorgstilbudet enn brukere i større kommuner. Dette medlem viser til at regjeringspartiene og Venstre også ved innføring av samhandlingsreformen truet med større kommuner som en forutsetning for å lykkes. Nå ser vi at det er mange store kommuner som har problem med det nye ansvaret, som for eksempel å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Dette medlem mener at regjeringens kommunereform vil være en sterk svekkelse av lokaldemokratiet, og dermed innbyggernes mulighet til å påvirke utformingen av det lokale helse- og omsorgstilbudet. Dette medlem mener at endringer i kommunestruktur må skje ved frivillighet, mens mange kommuner nå presses til å vurdere sammenslåing, ikke på grunn av utsikter til bedre tjenester for befolkningen eller bedre lokaldemokrati, men på grunn av økonomisk tvang fra regjeringens side.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at Stortinget har behandlet oppgavemeldingen, jf. Meld. St. 14 (2014–2015) og Innst. 333 S (2014–2015), der en del av oppgavene som i dag tilhører fylkeskommunen, foreslås overført kommunene. Som en del av oppfølgingen av Stortingets innstilling i saken skal regjeringen legge frem en stortingsmelding våren 2016 om rolle, struktur og oppgaver for det regionale folkevalgte nivået.

Disse medlemmer viser til sist til høringsuttalelsen til Norsk psykiatrisk forening hvor det påpekes at samhandlingsreformen bør evalueres før det settes i gang nye «løft» og reformer, og foreningen foreslår at en heller bør satse på utforming av de tiltak som allerede er bestemt iverksatt før en starter parallelt og ukoordinert med et «drømmeløft». Disse medlemmer støtter dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Venstre viser til at regjeringen skal legge frem en stortingsmelding våren 2016 om rolle, struktur og oppgaver for det regionale folkevalgte nivået. Disse medlemmer forsikrer at disse partiene vil behandle den varslede meldingen med en helhetlig tilnærming til et regionalt folkevalgt nivå og hvilke oppgaver regionene/fylkeskommunene skal ha i fremtida. Disse medlemmer viser også til at flere av verktøyene i det regionale virkemiddelapparatet som forslagsstillerne viser til i forslaget, ble betydelig styrket under den rød-grønne regjeringsperioden. Regionale forskningsfond ble etablert av den rød-grønne regjeringen for å mobilisere til økt FoU-innsats og styrke regional forskning og innovasjon, både i næringslivet og i offentlig sektor. Flere regioner har løftet innsatsen for økt innovasjon i helse- og omsorgstjenesten og kan vise til både økt FoU-aktivitet og økning i innovasjonsprosjekter, men disse medlemmer deler forslagsstillernes intensjoner om at dette absolutt bør løftes ytterligere. Det er viktig med en aktiv nærings- og innovasjonspolitik for en voksende helsenæring.

Komiteen støtter forslagsstillernes ønske om å styrke og videreutvikle de desentraliserte spesialisthelsetjenestene. Dette vil gi mange pasienter kvalitetsmessige gode tjenester i nærområdet, og spare dem for belastende reiser til sykehus. Samlokalisering med kommunale tjenester gir også en større mulighet til å etablere helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Komiteen vil trekke frem at flere eldre vil ha behov for helsetjenester. Fremover mot 2040 får Norge en stor vekst av antall eldre over 80 år, og mange av disse vil bo i distriktene. Komiteen støtter prinsippet om at pasientene bør få helsehjelp der de bor, enten dette er kommunale helsetjenester eller mer spesialisert behandling. Komiteen vil trekke frem Valdres lokalmedisinske senter, som i utgangspunktet driver med kommunale helse- og omsorgstjenester, men med et betydelig innslag av spesialisthelsetjenester. Dette er godt eksempel på at samlokalisering av tjenester gir et kvalitativt bedre helsetilbud til pasienten, samtidig som pasienten har tilgang til spesialister i nærheten av der man bor. Det finnes også eksempler på desentraliserte spesialisthelsetjenester, et eksem-

pel er Hallingdal sjukestugu, som er organisert som en sykehusavdeling i Ringerike sykehus, men som i et samarbeid med de seks Hallingdal-kommunene skal videreutvikle tilbudet som et lokalmedisinsk senter.

Komiteen støtter forslagsstillerne i at forskning og innovasjon er viktig for å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at helse- og omsorgsministeren i november 2015 la frem regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien. Strategien peker på at det er behov for økt innsats for forskning på, med, i, og om de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Handlingsplanen har konkrete tiltak for å styrke forskningen rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette innsatsområdet i handlingsplanen må sees i sammenheng med regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2016. Blant tiltakene er etablering av kommunalt helse- og omsorgsregister, som også kan brukes til forskning og utvikling. I tillegg er det foreslått en egen forskningsstrategi for tannhelse og opprettelse av et forskningsnettverk. Det er også foreslått innovasjonssatsinger som er rettet mot kommunene. Videre har kunnskaps- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten fått et nytt samfunnsoppdrag som sier sentrene kan delta i praksisnær og praksisrelevant forskning, og det er foreslått å bygge et kunnskapssystem for forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at regjeringen Stoltenberg II initierte arbeidet med HelseOmsorg21-strategien. Statsråden har fulgt opp med en handlingsplan, som etter disse medlemmers syn er preget av få tiltak og liten vilje til å gjennomgå strategiens mange gode intensjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti,

Senterpartiet og Venstre, deler forslagsstillerens grunnholdning til at regionene/fylkeskommunene kan og bør ta en enda større rolle og innsats i regional forskning og innovasjon. Det regionale nivået er godt egnet som utviklingsaktør i samspeillet mellom offentlige myndigheter, næringsliv, FoU og kunnskapsmiljøer.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil vise til statsrådets svar, der det understrekes at ingen av de nye oppgavene listet opp i dette dokumentet, ble nevnt fra Venstres side i Innst. 333 S (2014–2015) om kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, der regjeringen ble bedt om å gjennomgå oppgavene til det regionale folkevalgte nivået. Dette medlem vil også vise til følgende høringsuttalelse fra Norsk psykiatrisk forening:

«Npf kan ikke se at disse forslagene vil gjøre mye med fordelingen av ressurser til psykiatrien. Npf finner heller ikke at det er noe innovativt når det gjelder innhold i fremtidige og utforming av psykiatriske tjenester.»

Dette medlem støtter dette, og kan heller ikke se at forslagene vil bidra til et drømmeløft for akuttmedisin eller regional helseinnovasjon.

Komiteens medlem fra Venstre viser til avtalen mellom Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre om Nasjonal helse- og sykehusplan og flertallsmerknader i innstilling til Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, knyttet til to nasjonale piloter for simulering i den akuttmedisinske og prehospitale kjeden knyttet til henholdsvis Evenes luftambulansbase Valdres lokalmedisinske senter, NTNU Gjøviks ambulansesimulator og Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO). Dette medlem ser for øvrig fram til stortingsmelding våren 2016 om rolle, struktur og oppgaver for det regionale folkevalgte nivået og det videre arbeidet med kommunereformen. Dette medlem er videre svært tilfreds med NOU 2015:17 Først og fremst, som ble lagt fram i etterkant av representantforslaget, og ser fram til at regjeringen kommer tilbake til Stortinget med en egnet oppfølging.

Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og rår Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Dokument 8:17 S (2015–2016) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Iselin Nybø, Ola Elvestuen og André N. Skjelstad om et drømmeløft for akuttmedisin, psykiatri og regional helse-innovasjon 2017–2021 – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 8. mars 2016

Kari Kjønås Kjos

leder

Olaug V. Bollestad

ordfører

Vedlegg**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 19. januar 2016****Dokument 8:17 S (2015-2016) - Representantforslag om et drømmeløft for akuttmedisin, psykiatri og regional helseinnovasjon 2017-2021**

Jeg viser til brev av 7. desember 2015 fra Stortingets helse- og omsorgskomiteé, hvor det bes om min uttalelse til Dokument 8:17 S (2015- 2016) Representantskapsforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Iselin Nybø, Ola Elvestuen og Andre N. Skjelstad om et drømmeløft for akuttmedisin, psykiatri og regional helseinnovasjon 2017- 2021.

Representantforslaget lyder som følger:

1. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/ regionene et tidsavgrenset politisk prosjektansvar i perioden 2017- 2021 for å utvikle mer samlokalisering av lokale helsetilbud, styrke akuttmedisin og akuttpsykiatri lokalt, bistå i utviklingen av legevaktene, implementere velferdsteknologi, involvere mer i primærhelsetjenesten, drive fram flere kliniske studier lokalt og være samhandlingsaktør særlig for ideelle/ private helsetilbydere regionalt.
2. Stortinget ber regjeringen om årlig å stille til disposisjon en samlet investeringsramme på 1 mrd. kroner for perioden 2017- 2021 som fylkene/ regionene får ansvaret for å fordele til interkommunale legevaksprosjekter, helsehus, alarmsentraler m.m. basert på lokale søknader. De beste prosjektene vinner, uansett fylke/ region.
3. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/ regionene et større ansvar for innovasjon i helse knyttet til ideelle aktører og frivillige organisasjoner for å imøtekomme endringer i anskaffelsesregelverket fra 2016.
4. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/ regionene et særlig ansvar for å utvikle modeller for regionalt offentlig-privat og offentlig-frivillig samarbeid (OPS/OFS) innen rehabilitering og habilitering – og delegerer et avgrenset økonomisk ansvar for å inngå behandlingsavtaler.
5. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/ regionene et ansvar for forsøk knyttet til formidling og forvaltning av hjelpemidler, hvor hjelpemidler i offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner implementeres og hvor formidlingsmodeller prøves ut. Målet må være færre hjelpemidler på lager og i garasjer – og flere i bruk.
6. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/ regionene et ansvar for forsøk med å prøve ut utlånsordnin-

ger for velferdsteknologi og medisinskteknisk utstyr til kommuner.

7. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/ regionene et særlig ansvar for å utvikle nye fagskoletilbud i velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering i praksisnære løp med kommunene og særlig rettet mot å virke i hjemmebaserte tjenester. Utdanning og praksis fra helsefaglig yrkesutdanning som helsefagarbeider, helsesekretær, fotpleier, tannpleier og aktivtør er særlig relevant bakgrunn.
8. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/ regionene et særlig ansvar for å etablere kompetanse som gjør at kommunene, interkommunale selskaper (IKS), lokale helseklynger og lokale/ ideelle aktører knyttet til helse og velferd bedre i stand til å nyttiggjøre seg virkemiddelapparatet (virkemidler for regional FoU og innovasjon (VRI), InnoMed, klyngene, regionale forskningsfond (RFF) og offentlig og industrielle forsknings- og utviklingskontrakter (OFU/IFU)).
9. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/ regionene et særlig ansvar for å sørge for anskaffelser av pilotmodeller for tjenesteutvikling fra sosiale entreprenører, hvor målet er at det offentlige skal få tilgang til og dernest kjøpe og implementere de beste modellene.
10. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/ regionene et særlig ansvar for å utvikle mobile helsetilbud rettet mot ungdom, slik blant annet Nordland fylkeskommune har utviklet den nasjonale og autoriserte tjenesten Klara Klok.

Jeg er opptatt av å skape pasientenes helse- og omsorgstjeneste. Pasientens behov skal settes i sentrum for utvikling og endring i tjenesten. Jeg er enig med forslagsstillerne i at det fortsatt er utfordringer på helse- og omsorgsområdet. Gjennom plan og reformarbeid er regjeringen i gang med nytenkning i store deler av sektoren. Flere meldinger er behandlet i Stortinget. Her kan nevnes meldingen om primærhelsetjenesten, legemiddelpolitikken og folkehelsepolitikken. Videre er Nasjonal helse- og sykehusplan lagt frem høsten 2015. Forslag til tiltak i de dokumentene som er lagt frem bygger opp under tankegangen om pasientenes helsetjeneste.

Vi har i dag to nivåer som har ansvaret for å levere helsetjenester til befolkningen. Disse nivåene har et selvstendig ansvar for å planlegge og organisere tjenestene på en best mulig måte. Det følger av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester at det

er kommunen som skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at kommunen har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Disse grunnleggende kravene til styring av virksomheten fremgår av lovens § 3-1 tredje ledd. *Krav til planlegging* innebærer at blant annet at kommunen må vurdere behovet for helse- og omsorgstjenester og legge planer for hvordan behovet skal dekkes. Tilsvarende ansvar er lagt til spesialisthelsetjenesten. Det at det i dag er to nivåer gir utfordringer når det gjelder å få på plass gode pasientforløp. Forslaget vil slik jeg oppfatter det medføre at ytterligere ett nivå får ansvar for å planlegge og organisere helse- og omsorgstjenester.

I meldingen til Stortinget om fremtidens primærhelsetjenester gis en omtale av mange av de utfordringene forslagsstillerne også peker på. Det legges i meldingen frem flere forslag som skal styrke kommunenes evne til å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i tråd med dagens og fremtidens behov. Etter mitt syn må tjenestene oppfylle intensjonene om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukeren bor og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Stortinget ga bred tilslutning til forslagene i meldingen da denne ble behandlet i november 2015.

Målet med kommunereformen er å flytte mer makt og myndighet nærmere innbyggerne. Etter min vurdering vil større kommuner få bedre forutsetninger for å planlegge tjenestene på en god måte. Der- som vi får større kommuner vil også behovet for interkommunalt samarbeid, for eksempel innenfor legevaktområdet, bli redusert.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet la våren 2015 fram Meld. St. 14 (2014-2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*. I denne meldingen sier departementet at de ser utviklingen av samfunnsutviklerrollen som den mest aktu-

elle rammen for det videre arbeidet med konkretisering av det regionale folkevalgtes nivåets oppgaver og funksjon. Meldingen slår videre fast at departementet vil vurdere hvilke konkrete oppgaver og hvilket ansvar det regionale folkevalgte nivået bør ha, med hovedvekt på kompetanse, kommunikasjon og næringsrettet innsats.

Gjennom Stortingets behandling av denne meldingen, sluttet Stortinget seg til hovedprinsippene for en slik innretning på arbeidet. Regjeringen ble imidlertid bedt om å gjennomgå oppgavene til det regionale folkevalgte nivået parallelt med arbeidet med å gi flere oppgaver til kommunene, jfr. Innst. 333 S (2014-2015). I Innst. 333 S (2014-2015) er det også listet opp en del konkrete oppgaver som regjeringen blir bedt om å vurdere lagt til det nye regionale folkevalgte nivået.

Regjeringen vil på denne bakgrunn legge frem en stortingsmelding våren 2016 om rolle, struktur og oppgaver for det regionale folkevalgte nivået. Ingen av de oppgavene som listes opp i Dokument 8:17 S (2015-2016) er nevnt i Innst. 333 S. I den kommende stortingsmeldingen vil regjeringen vektlegge utviklingen av samfunnsutviklingsrollen til de nye regionene, vurdere de oppgavene som Stortinget har bedt regjeringen om å vurdere, samt andre endringer i regionenes virkemidler og oppgaver som vil bygge opp om den regionale samfunnsutviklerrollen.

For å utvikle helse- og omsorgstjenestene foreslår representantene å gi fylkene/regionene et tidsavgrenset politisk prosjektansvar for perioden 2017-2021. Det foreslås å årlig bevilge 1 mrd. kroner til formålet. Etter min mening må sørge for ansvaret, også for å planlegge og organisere tjenestene holdes på to nivåer som i dag. Jeg vil derfor advare mot å splitte dette ansvaret ytterligere opp. Det vil føre til enda mer uklarhet og mer kompliserte samarbeidsforhold. Hensikten med kommunereformen er å styrke kommunenes mulighet til å løse sine oppgaver på primærhelseområdet og hindre at det bygges opp mer kompliserte interkommunale løsninger på flere velferdsområder.